

AL SINDACO DI ZIBIDO SAN GIACOMO (MI)

**OGGETTO:**  rinnovo  duplicato  Inserimento targhe  variazione targhe  
**autorizzazione Invalidi DPR 495/92 e successive modificazioni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Zibido San  
 Giacomo in Via / Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int. \_\_\_\_\_ telefono  
 \_\_\_\_\_

già in possesso del contrassegno rilasciato dal Comune di Zibido San Giacomo n. \_\_\_\_\_  
 del \_\_\_\_\_

**OPPURE**

**IN NOME E PER CONTO DI** \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a Zibido San Giacomo in via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ int.  
 \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

già titolare del contrassegno, rilasciato dal Comune di Zibido San Giacomo , n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

e **DICHIARANDO** a tal fine, valendomi della disposizione di cui artt.46 e 47 del Testo Unico della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, e sotto la mia personale responsabilità **di AGIRE IN QUALITA' di :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE CONVIVENTE</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>ESERCENTE LA PATRIA POTESTA'</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>FAMILIARE NON CONVIVENTE</b>                | <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b> (allegare delega scritta del titolare del contrassegno invalidi) |
| <input type="checkbox"/> <b>TUTORE</b> (indicare gli estremi dell'atto) |  |

**CHIEDE**

- Il rinnovo  Il duplicato del contrassegno  Il duplicato della lettera autorizzativa

dell'autorizzazione (e relativo contrassegno) invalidi di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR n. 495/92 e successive modificazioni, in quanto portatore/trice di deficit deambulatorio, come da certificato sanitario allegato, rilasciato dal medico curante che confermi il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio, come prescritto dall'art. 381 del Regolamento di esecuzione e attuazione del Codice della Strada; qualora l'autorizzazione, per la quale si chiede il rinnovo, fosse stata rilasciata per un periodo inferiore ai 5 anni, il richiedente dovrà presentare il certificato dell'Azienda USL di Milano 2 – Via delle Magnolie – Rozzano (MI)

- l'inserimento delle seguenti targhe nell'autorizzazione invalidi di cui al D.Lgs. 30.4.1992 n. 285 (art. 188 CdS) e al DPR n. 495/92 e successive modificazioni,

1) \_\_\_\_\_ targa  
 \_\_\_\_\_ marca \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_  
 alimentato a  benzina  GPL  gasolio  metano  elettrico  ibrido Class. Euro \_\_\_\_\_  
 in proprietà di \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ *targa*  
\_\_\_\_\_ *marca* \_\_\_\_\_ *modello*  
*alimentato a:*  *benzina*  *GPL*  *gasolio*  *metano*  *elettrico*  *ibrido* *Class. Euro* \_\_\_\_\_  
*in proprietà di* \_\_\_\_\_

di togliere le seguenti targhe:

1) \_\_\_\_\_ *targa*  
\_\_\_\_\_ *marca* \_\_\_\_\_ *modello*  
*alimentato a*  *benzina*  *GPL*  *gasolio*  *metano*  *elettrico*  *ibrido* *Class. Euro* \_\_\_\_\_  
*in proprietà di* \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ *targa*  
\_\_\_\_\_ *marca* \_\_\_\_\_ *modello*  
*alimentato a:*  *benzina*  *GPL*  *gasolio*  *metano*  *elettrico*  *ibrido* *Class. Euro* \_\_\_\_\_  
*in proprietà di* \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003, n. 196 che i dati personali raccolti saranno trattati e potranno essere comunicati ai soggetti previsti per legge, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa; e che anche su di essi è possibile esercitare il diritto di accesso ai sensi dell'art. 7 del citato D. Lgs. n. 196/2003.  
Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Tributi.

Modena, li \_\_\_\_\_

Il/la richiedente (1)

\_\_\_\_\_

se il richiedente non firma, la presente domanda deve essere sottoscritta da parente o tutore che dichiara che "firma in qualità di (grado di parentela o la qualifica) in quanto impossibilitato a firmare"

**Allega: AUTORIZZAZIONE CARTACEA E CONTRASSEGNO ORIGINALI**